

**De nieuwe CJG'er:  
C(oach) J(eugd) & G(ezin)**

# **De nieuwe CJG'er: C(oach) J(eugd) & G(ezin)**

*Generalistisch en specialistisch werken  
rondom jeugd en gezin*

D.C. van meer (3808063)

Juni 2013, Universiteit Utrecht

Master Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken

1° Beoordelaar: Monique van Londen

2° Beoordelaar: Chris Baerveldt

**Dankwoord**

In dit dankwoord wil ik iedereen bedanken die heeft meegewerkt aan het onderzoek en de totstandkoming van dit artikel. Zo wil ik met genoegen een dankwoord uitspreken aan alle participanten die via de interviews en de focusgroepen aan het onderzoek hebben deelgenomen. Ik dank hen voor de medewerking en de waardevolle, relevante informatie die dankzij hen verkregen is. Ook wil ik graag een dankwoord uitspreken aan de begeleiders van het CJG en de Universiteit Utrecht die een belangrijke rol hebben gespeeld in de opzet, uitvoering en uitwerking van het onderzoek en de bijbehorende resultaten.

**Samenvatting** – Voor deze studie is in de periode van februari tot en met juni 2013 binnen een Nederlandse gemeente het functioneren van het lokale CJG in kaart gebracht. De inhoudelijke zorg van het CJG is vergeleken met de geïndiceerde vrijwillige ambulante zorg van een jeugdzorginstelling. Als essentiële schakel tussen deze twee partijen is ook het plaatselijk Bureau Jeugdzorg bij het onderzoek betrokken. Het doel van het onderzoek is het aanbieden van nieuwe aanknopingspunten betreffende de samenwerking tussen de CJG'er en de specialist en het maken van een zorgvuldige beslissing van de benodigde zorg. Hiervoor is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, interviews en focusgroepen met professionals, vrijwilligers, stagiaires en cliëntenjongeren. De gewenste toekomstige situatie bleek de CJG'er te zijn, die als generalist van het begin tot het einde bij het gezin of de jeugdige betrokken is, ongeacht de zwaarte en complexiteit van de problematiek. Dit vraagt om een nieuwe CJG'er, een *Coach Jeugd & Gezin*, die samen met de vrijwilligers en een generalistisch team alle expertise in huis heeft om de meest voorkomende vragen op te pakken. Inschakeling van de specialist gebeurt op grond van het BIS-Model (Besluitvorming Inschakeling Specialist), die wanneer nodig op in- en uitvliegbasis tijdig en tijdelijk bij het gezin betrokken zijn.

**Abstract** – This study examined the functioning of the local CJG in a Dutch community in the period from February to June 2013. The substantive care of the CJG is compared with the indicated voluntary outpatient care of a child welfare institution. Also the local Youth Welfare Office is as an essential link between these two organizations involved in the study. The aim of the research is offering new leads for the cooperation between the CJG'er and the specialist and careful decision-making of the necessary care. The research method consisted of literature review, interviews and focus groups with professionals, volunteers, young interns and –clients. The preferred future situation turned out to be the CJG'er as a generalist, who is involved – from the beginning until the end–with the family or youth, regardless of the gravity and complexity of the problem. This requires a new CJG'er, a Coach Youth & Family, who can resolve the most common questions together with the volunteers and a generalist team. The involvement of the specialist happens only when necessary and if so temporary and timely, according to the BIS-Model (Decision-making Specialist Involvement).

Key-words: youth-service; primary health care; specialist health care; family-care

## Inleiding

Nederland staat aan het begin van een stelselwijziging voor de jeugd (Ministerie van VWS, & Directie Jeugd, 2012). Eén van de redenen voor deze wijziging is de fragmentering van de eerstelijns jeugd- en gezinszorg (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling; RMO, 2012). Deze is over een groot aantal organisaties verspreid, ieder met hun eigen methode en specialisatie. Bovendien is de wisselwerking tussen gezinnen, hun sociale omgeving en de hulpverlening uit balans. De jeugdhulpverlening zet namelijk in op specialistische zorg, terwijl de kracht van het gezin en het sociale netwerk over het hoofd wordt gezien. Als gevolg hiervan komen kwetsbare gezinnen eerder in de hulpverlening terecht en ontvangen zij veelvuldig (te) zware zorg. Ook komt het voor dat deze gezinnen te laat of zelfs geen ondersteuning ontvangen, waardoor opvoedvragen uitgroeien tot zorgproblemen. Vanuit de principes van ontzorgen en normaliseren wordt daarom gewerkt aan een eenvoudiger jeugdzorgsysteem, waarin de veerkracht van gezinnen de basis vormt. Een systeem dat snel, goed en op maat functioneert en daarbij geen kind buiten spel zet (Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, & Teeven, 2011).

Door dichtbij het gezin passende ondersteuning en advies te geven, in aansluiting op de versterking van de eigen kracht en het sociale netwerk, kunnen problemen zoveel mogelijk voorkomen of in een vroeg stadium opgelost worden (Rouvoet, & Ballin, 2010). Het doel is dan ook gezinnen en jeugdigen via de oprichting van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) eerder te helpen met lichtere zorg en het beroep op specialistische zorg te beperken. Preventie, vroege signalering en vroege interventie staan hierbij voorop. Ook De Winter (2011) benadrukt het belang van de eigen kracht van ouders en hun sociale netwerk en de essentiële rol die zij spelen in de ondersteuning bij eventuele problemen. Wanneer ouders een krachtig sociaal netwerk hebben en veerkrachtig zijn, kunnen zij (samen met hun omgeving) werken aan de problemen die zij ervaren. Het mobiliseren van de zogenoemde pedagogische *civil society* kan daardoor de inzet van (zware) professionele hulp verminderen of zelfs onnodig maken.

Er zijn en blijven echter opvoedkwesties waarvoor professionele ondersteuning noodzakelijk is en de omgeving een ontoereikend vangnet biedt (Ministerie van VWS, & Ministerie van Jeugd & Veiligheid, 2012). De CJG's bieden dan een uitweg. Dit zijn gemeentelijke netwerkorganisaties van lokaal opererende voorzieningen, waarbij gezinnen en jeugdigen gemakkelijk terecht kunnen met hun vragen over opgroeien en opvoeden (Stuiveling, & Van Schoten, 2012). Om dit te bereiken zijn binnen de CJG's wijkteams jeugd en gezin opgezet, bestaande uit professionals met uiteenlopende achtergronden en competenties (Berger, Blaauw, & Van Leeuwen, 2012). Het conceptwetsvoorstel Jeugdwet bouwt hier op voort en pleit voor betrokken generalisten: professionals die naast de gezinnen en jeugdigen staan en een vertrouwensrelatie met hen opbouwen (Berger, et al., 2013). Er zijn verschillende benamingen aan de generalist te geven, uiteenlopend van huisarts tot gezins- en jeugdwerker en CJG'er (Berger, et al., 2013). Deze generalisten schakelen indien nodig met zogenoemde specialisten. De vraag is echter wanneer dit wel of niet vereist is en wat de precieze rol

van de CJG'er als generalist hierin is. Dient de CJG'er zich bijvoorbeeld enkel hard te maken voor preventie en de lichte, enkelvoudige opvoed- en opgroevraagstukken, zoals het CJG in eerste instantie bedoeld was? Dient alles wat dan 'zwaarder' is direct doorgeschoven te worden naar de specialist? Hier is (nog) geen wetenschappelijk onderbouwd antwoord op. Dit onderzoek biedt daarom aanknopingspunten voor de samenwerking tussen de CJG'er en de specialist en de inschatting van de benodigde zorg. Ook is er aandacht voor de verschillen in opgroei- en opvoedvraagstukken en de bijbehorende hulpverleningstrajecten van het CJG en de geïndiceerde vrijwillige ambulante zorg van een jeugdzorgaanbieder.

## Literatuur

### *De CJG'er: de generalist*

De stelselwijziging van de jeugd komt voort uit het streven om alle kinderen in Nederland gezond en veilig te laten opgroeien, naar vermogen te laten deelnemen aan de samenleving en hun talenten te ontwikkelen. Om deze ambities ook voor de meest kwetsbare en jongste burgers te realiseren zijn vroegtijdige signalering, samenhangende ondersteuning, zorg op maat en een adequate ketensamenwerking rond gezinnen en jeugdigen noodzakelijk. Het uitgangspunt is hierbij dat zij – indien gewenst en nodig – snel, integraal en in hun vertrouwde omgeving extra ondersteuning krijgen. Dit wordt via de eerder genoemde gemeentelijke oprichting van Centra voor Jeugd en Gezin gerealiseerd. Zij richten zich op laagdrempelige wijze op de bevordering van de algemene gezondheid en ontwikkeling van jeugdigen en ondersteunt ouders bij de opvoeding, mede door actief aanwezig te zijn op de vindplaats (Nederlands Jeugdinstituut; NJi, 2010).

Na 2015 is het gewenste beeld dat opvoedingsvraagstukken bij deze centra binnenkomen en dat één hulpverlener aan het gezin gekoppeld is en blijft. Dit volgens het streven van 'één gezin, één plan' (Gemeente, 2012). Deze hulpverlener is een generalist die zich richt op de activering en versterking van de eigen kracht van het gezin en de sociale omgeving, het opbouwen van vertrouwen en het oplossen van (opvoed)vraagstukken in het gezin (RMO, 2012; Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, & Teeven, 2011). Volgens Rouvoet en Ballin (2010) hebben generalisten de taak om behoeften, vragen en wensen van gezinnen en jeugdigen op laagdrempelige wijze te verhelderen en inzichtelijk te maken. Zij dienen in staat te zijn problematiek die verband houdt met opgroeien en opvoeden te onderkennen, risicofactoren zoals een psychiatrische aandoening of een onveilige situatie vroegtijdig te signaleren, om op grond hiervan de noodzaak tot inschakeling van gespecialiseerde zorg in te schatten (Rouvoet & Ballin, 2010; Brown, Riley, & Wissow, 2007; Berendsen, 2009; Jenkins, & Strathdee, 2000). Hierbij kan het gaan om advisering, consultatie of daadwerkelijke behandeling (Berger, et al., 2013).

Het is niet mogelijk om als generalist een antwoord te bieden op 'alles' (Scholte, et al., 2012). De generalisten komen daarom het beste tot hun recht in een wijkteam jeugd en gezin waarin

uiteenlopende beroepsgroepen betrokken zijn (Berger, et al., 2013). De korte lijnen met andere generalisten, organisaties en specialisten zijn daarbij essentieel, evenals het elkaar kennen, durven vertrouwen en gunnen (Scholte, et al., 2012). De generalist heeft daarin een essentiële rol in de begeleiding van het gezin of de jeugdige door het traject heen (Jenkins, & Strathdee, 2000) en de stimulering van verbinding tussen de betrokken partijen (Taliaferro, & Borowsky, 2012).

De generalist wordt gewoonlijk niet opgevat als de typering van een functie, maar eerder als een generalistische werkwijze bij de hulp aan gezinnen en jeugdigen (Berger, et al., 2013). Deze werkwijze wordt lokaal op verschillende wijzen vorm gegeven, aangepast op doelgroep en context. In de praktijk zijn bovendien verschillende varianten te zien in generalistische werkwijzen (schematisch weergegeven in tabel 1): variërend van lichte, eenvoudige vragen en problemen tot zware opvoed- en opgroei-problematiek binnen gezinnen (NJI, 2012). Dit verschil ligt in de mate van coaching of begeleiding die het gezin nodig heeft. Wanneer er te veel en mogelijk ook veiligheidsbedreigende problemen zijn, dan heeft de generalist bijvoorbeeld eerder de rol van regisseur dan van coach.

Tabel 1

*Categorieën van generalistisch werken volgens het Nederlands Jeugdinstituut (2012).*

Soort opvoed- en opgroei-vraagstukken	Rol Generalist
Eenvoudig of enkelvoudig	Coach via lichte ondersteuning van het gezin gericht op stimulering eigen kracht en sociaal netwerk. Geen noodzaak tot inschakeling specialist.
Complex of meervoudig	Coach voor ondersteuning en begeleiding gezin & regisseur voor inschakeling specialist. Wanneer nodig ook zorgcoördinator.
Multiprobleem (zware problemen op meerdere gebieden)	Noodzaak tot toetsing van het hulpverleningsplan binnen het team of door leidinggevende/ gedragswetenschapper. Voornamelijk rol van zorgcoördinator en regisseur in de samenwerking met specialist.

#### *Verschil generalist & specialist*

Volgens Scholte, Sprinkhuizen en Zuithof (2012) is de generalist de tegenpool van de specialist. Generalisten hebben een brede deskundigheid (lichte professionele kennis en competenties op breed terrein) en een breed handelingsrepertoire. Zij voeren een scala aan (lichte) interventies uit, integraal en afwegend tussen domeinen en zijn van begin tot het eind als centraal aanspreekpunt bij het gezin betrokken (NJI, 2013). Specialisten beschikken daarentegen over een specifieke deskundigheid (diepgaande kennis en competenties op beperkt terrein) en zoomen in op één domein vanuit een specifieke behandeling. Afronding van de interventie betekent doorgaans een afscheid van het gezin. Bij generalistische zorg ligt de focus eerder op ondersteuning en advisering (Jenkins, & Strathdee, 2000), de bevordering van protectieve factoren, de reductie van risicofactoren en het bereiken van toekomstig succes (Knapp, & Foy, 2012; Saxena, et al., 2006). Specialisten kunnen hier op

voortbouwen door het faciliteren van de toegang tot diensten, ondersteuning en de mogelijkheden tot specialistische behandeling (Knapp, & Foy, 2012). Tenslotte is binnen de generalistische zorg minder sprake van stigmatisering en daardoor mogelijk een hogere medewerking van gezinnen en jeugdigen (Hirsch, et al., 2012).

### *Inschatting benodigde zorg*

Zoals benoemd speelt de CJG'er een essentiële rol in de juiste inschatting van de benodigde zorg. Hiervoor is een effectieve besluitvorming noodzakelijk, dat tot stand komt in dialoog met het gezin of de jeugdige vanuit een gestructureerd, doelgericht en transparant besluitvormingsproces (Van der Zijden, & Kooijman, 2013). Ook dienen de professionals te beschikken over adequate kennis van veelvoorkomende opvoedingsvragen-, risico's en problemen (voortkomend uit gezinsomstandigheden en kindkenmerken inclusief psychiatrische aandoeningen, verstandelijke of lichamelijke beperkingen), met oog voor de veiligheid van de jeugdige. Hierbij is een adequate afweging nodig van de mogelijkheden van het gezin en de directe sociale omgeving en de daadwerkelijke noodzaak tot de inzet van specialistische hulp. Ook kennis over effectieve interventies betreffende de aard en ernst van de problematiek en de mogelijkheden en beperkingen van het gezin is een vereiste. De inschatting van de ernst van de problematiek leidt in de praktijk echter vaak tot problemen (Konijn, et al., 2009). Er is dikwijls sprake van een gebrekkige overeenstemming in oordeel tussen betrokkenen, mede door het normatieve en niet-eenduidige karakter van het begrip 'ernstig'. Een model of instrument om de ernst van de situatie van een jeugdige of gezin in te schatten kan daarom als ondersteuning bieden om de juiste keuze voor zorg te maken. Het gebruik hiervan leidt tevens tot vroege opsporing van risicogezinnen en –jeugdigen, een gedeelde communicatie en soepelere procedures betreffende de schakeling en samenwerking (Knapp, & Foy, 2012). De eenheid in taal vergemakkelijkt aanzienlijk de schakeling en de gegevensuitwisseling tussen professionals (Konijn, et al., 2009). Ook gezinnen en jeugdigen hebben hier indirect profijt van door de snellere, kortdurende hulp en de betere organisatie ervan. Bovendien ontwikkelen hulpverleners met behulp van het instrument een objectief beeld van de (probleem)situatie en de vaardigheid om, onderbouwd vanuit het model, een passende interventie in te zetten (Rooijen, & Bartelink, 2010).

Een voorbeeld van een dergelijk instrument is het model van Van Yperen, et al. (2002) dat gebaseerd is op het balansmodel van Bakker, et al. (1998) (weergegeven in tabel 2). Het model gaat ervan uit dat een sterke onbalans tussen risico- en protectieve factoren in grote mate de ernst van de problematiek bepaald en van invloed is op de hulpbehoefte van het gezin. Een ander hulpmiddel is de Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP; Van Yperen, Van den Berg, Eijgenraam, & De Graaf, 2006). Dit betreft een betrouwbaar meetinstrument om een snelle en gestructureerde inschatting te maken van de ernst van de problematiek, de benodigde zorg en de urgentie van de zorg (Van Yperen, et al., 2010; Eigenraam, et al., 2008).



Tabel 2

*Factoren zorgtaxatie en inschatting zwaarte problematiek volgens Van Yperen et al. (2002).*

---

Zwaarte problematiek	Weging specificiteit problematiek – Intensiteit – Frequentie – Duur – Leeftijdsadequaatheid - Accumulatie stressfactoren – Risico- & protectieve factoren.
Gevolgen onbalans (actueel, prognostisch & historisch)	Ervaren kwaliteit van leven – Sociale belemmering – Negatieve consequenties voor zichzelf en anderen – Gevolgen voor behandeling.
Benodigde zorgzwaarte voor herstel van balans	Grotere onbalans tussen risico- en protectieve factoren leidt doorgaans tot een taxatie van zwaardere hulp en een hogere urgentie van hulp.

---

### *Reden inschakeling specialist*

Gezinnen en jeugdigen ontvangen dikwijls niet de juiste hulp, doordat zij niet worden geïdentificeerd of geen toegang hebben tot de benodigde zorg (Knapp, & Foy, 2012; Bot, et al., 2013). Burnett-Zeigler, et al. (2012) wijzen daarom op de noodzaak tot de screening van gezinnen en jeugdigen met multidimensionale behoeftes en de verwijzing naar de juiste diensten. Hierbij is een lastige rol voor de generalist weggelegd in de opsporing van risicofactoren en de poortwachter tot de specialistische zorg (Gask, Sibbald, & Creed, 1997; Knapp, & Foy, 2012). Het lastige zit voornamelijk in het eerder genoemde relatieve en normatieve karakter van het begrip ‘ernstig’ en de noodzaak tot de reductie van de specialistische zorg (Gask, et al., 1997). Bovendien is er vanuit de wetenschap niet tot weinig onderbouwing voor de inschakeling van de specialist beschikbaar. Naar zeggen van Hirsch, et al. (2012) schakelen generalisten nu voornamelijk door vanwege medicamenteuze of diagnostische redenen. Bot, et al. (2013) trekken het breder en geven aan dat voor de inschakeling van de specialist sprake dient te zijn van ernstige kind- en opvoedproblematiek. De auteurs duiden bij ‘ernstig’ op de tien procent gezinnen met de zwaarste problematiek. Dit punt ligt tussen de vijf procent die absoluut specialistische hulp nodig heeft en de vijftien procent bij wie deze grens minder hard te maken is. Hierbij gaat het voornamelijk om gezinnen met dusdanige problemen dat de kans groot is dat zij er zelf niet uitkomen en er ernstige bedreigingen ontstaan voor de ontwikkeling van het kind.

### *(Realisering) Samenwerking generalist & specialist*

Wanneer de generalist en specialist parallel aan elkaar het gezin begeleiden is er sprake van gedeelde zorg (Hirsch, et al., 2012). Om de samenwerking soepel te laten verlopen, kan onder andere samengewerkt worden vanuit de modellen *1Gezin1Plan* en *Wrap around care* (Nji, 2012). Het uitgangspunt van deze samenwerkingsmodellen is ‘*Stepped care*’: licht als het kan, intensiever als het moet. *1Gezin1Plan* voorkomt dat de professionals langs elkaar heen werken of dat gezinnen meerdere malen hetzelfde verhaal moeten doen. De kern is dat professionals, het gezin en betrokkenen uit het

sociale netwerk samen één team vormen. Dit geldt tevens voor de ‘*Wrap around care*’-methode. Hierbij wordt de benodigde steun geïmporteerd in het gezinsleven in plaats van de problemen te exporteren naar de specialistische hulp daarbuiten (NJI, 2012).

Om de gewenste samenwerking tussen de generalist en specialist te bereiken is het een vereiste dat professionals van verschillende organisaties elkaar kennen en blijven kennen (Ministerie van VWS, & Directie Jeugd, 2012). Ook verbinding en uitwisseling op zoveel mogelijk niveaus (uitvoerend, beleidsmatig en management) is noodzakelijk. De meerwaarde hiervan ligt niet alleen in het (gezamenlijk) vroegsignaleren, maar juist ook in de multidisciplinaire benadering. Doordat partners binnen de samenwerking gebruik maken van elkaars expertise, krijgen gezinnen in een vroeg stadium de ondersteuning die zij nodig hebben. Dit vraagt om een verandering in de percepties van professionals op hun rollen en prestaties (Kvamme, Olesen, & Samuelsson, 2001). Ieder deel van het systeem neigt namelijk te focussen op de eigen taken en functies en niet op die van het systeem in zijn geheel – zoals het systeem door gezinnen en jeugdigen wordt ervaren. Een verandering in houding van “mijn” en “jouw” naar “onze” gezinnen is daarom essentieel. Dit wordt onder andere bereikt via effectief leiderschap, teambuilding, educatie en training (Hirsch, et al., 2012; Knapp, & Foy, 2012; Ministerie van VWS, & Directie Jeugd, 2012). Cliënten prefereren hierbij een snelle transitie door het systeem en schakeling tussen de generalistische en specialistische zorg (Berendsen, et al., 2009). Het samenkomen van de professionals is daarom nodig, zodat zij overeenstemming bereiken over de visie en missie van de zorg en de hulpvraag van het gezin (Jenkins, & Strathdee, 2000; NJI, 2010). Via een adequate communicatie, korte lijnen en concrete afspraken wordt tot consensus gekomen betreffende een expliciete taakverdeling en samenwerking tussen de generalist en specialist (Kvamme, et al., 2001; NJI, 2012).

Voor een adequate doorstroom van gezinnen en jeugdigen is niet alleen een natuurlijke verbinding tussen de coördinatie van organisaties nodig. De schakels in de keten dienen tevens formeel helder te zijn gemaakt, zodat iedereen de afspraken kan nagaan en deze controleerbaar worden (Ministerie van VWS, & Directie Jeugd, 2012). Verder is bij- en nascholing van zowel de generalist als de specialist nodig (Knapp, & Foy, 2012). Zo dienen alle generalisten te beschikken over een geschikt trainingsprogramma en een overzicht van de beschikbare diensten en expertises. Het specialistische team dient de generalist van het overzicht te voorzien en getraind te worden op de inschakelingsrol. Het meenemen van cliëntenervaringen- en meningen is hierin waardevol.

### *Het huidige onderzoek*

Uit de literatuur blijkt dat de CJG'er te beschouwen is als een generalist die een essentiële rol vervult in de inschatting van de benodigde zorg. Zij dienen in staat te zijn om risico's vroegtijdig te signaleren, om op grond daarvan de noodzaak tot inschakeling van gespecialiseerde zorg in te schatten (Rouvoet, & Ballin, 2010; Brown, et al., 2007; Berendsen, 2009; Jenkins, & Strathdee, 2000). Hierbij is een adequate afweging nodig van de mogelijkheden van het gezin en de directe sociale omgeving,

maar ook van de daadwerkelijke noodzaak tot de inzet van specialistische hulp (Van der Zijden, & Kooijman, 2013). Op grond van de literatuur is daarom gekomen tot een theoretisch model (zie tabel 3) waarin alle aspecten van zorgvuldig beslissen schematisch zijn weergegeven. Dit model biedt een overzicht van de betrokken aspecten bij een effectieve besluitvorming, maar is te globaal om als praktijkinstrument voor de CJG'er te fungeren. Het doel van dit onderzoek is daarom te komen tot een concreet model en het bieden van nieuwe aanknopingspunten voor de samenwerking tussen de CJG'er en de specialist. Daarbij is tevens aandacht voor de verschillen in opgroei- en opvoedvraagstukken en de bijbehorende hulpverleningstrajecten van het CJG en de geïndiceerde vrijwillige ambulante zorg van een jeugdzorgaanbieder (Jz). Samenvattend gaat het om de volgende onderzoeksvragen:

1. Op welke kenmerken verschillen opgroei- en opvoedingsvraagstukken en de bijbehorende hulpverleningstrajecten, zoals uitgevoerd door het CJG en door de geïndiceerde vrijwillige ambulante zorg vanuit Jeugdzorg?
2. Wanneer schakelt het CJG de specialist in en hoe verloopt de huidige samenwerking?
3. Wat is de gewenste samenwerking tussen de CJG'er en de specialist en hoe kan deze, samen met een zorgvuldige beslissing tot de benodigde zorg, gerealiseerd worden?

Tabel 3

*Theoretisch model vanuit literatuurstudie (2013).*

Aspecten	Factoren
Zorgvuldig beslissen	
Zwaarte problematiek	Intensiteit – Frequentie – Duur – Leeftijdsadequaatheid – Accumulatie risicofactoren – Positieve factoren (o.a. eigen kracht jeugdige/gezin & stevigheid sociaal netwerk) – Medewerking ouders – Veiligheid kind(eren).
Gevolgen problematiek	Sociale belemmering – Negatieve consequenties voor zichzelf & anderen – Draaglast & -kracht (onbalans risico- & protectieve factoren) – Gevolgen voor behandeling.
Kwaliteit van leven	Ervaren gezondheid & geluk/welzijn door het gezin/de jeugdige zelf.
Werkzame factoren 'Zorgvuldig beslissen'	In dialoog met ouders en kinderen Doelgericht, gestructureerd en transparant Cyclisch proces (als onderdeel van de hulpverlening) Integrale blik (kind-, gezins- & omgevingsfactoren) & aanpak (1Gezin1Plan) Adequaat toegeruste professionals met: adequate kennis over opvoedingsvragen, -risico's en –problemen (voortkomend uit gezinsomstandigheden en kindkenmerken inclusief psychiatrische aandoeningen, verstandelijke of lichamelijke beperkingen), met oog voor de veiligheid van de jeugdige; met een kritische, juiste afweging (eigen kracht gezin en mogelijkheden sociale netwerk vs. noodzaak professionals hulp) en met actuele kennis

---

	over effectieve interventies.
STEP	Beschrijving van de ernst van de problematiek.
Rol generalist & specialist	<p>Enkelvoudige of eenvoudige vraagstukken; Generalist als coach. Specialist niet tot nauwelijks in beeld.</p> <p>Complexe of meervoudige vraagstukken; Generalist als coach en regisseur. Specialist vliegt wanneer nodig in.</p> <p>Multiprobleemgezinnen; Generalist als regisseur en zorgcoördinator. Specialist als coach.</p>

---

Konijn, et al., 2009; Van Yperen, et al., 2010; Van Yperen, Van Berg, & Eijgenraam, 2002; Van der Zijden, & Kooijman, 2013.

### **Methode**

Voor dit onderzoek is binnen een Nederlandse gemeente het functioneren van het lokale CJG in kaart gebracht. De inhoudelijke zorg van het CJG is vergeleken met de geïndiceerde vrijwillige ambulante zorg van een jeugdzorginstelling (Jz). Als essentiële schakel tussen deze twee partijen is ook het plaatselijke Bureau Jeugdzorg (Bjz) bij het onderzoek betrokken.

#### *Onderzoeksdesign*

Ter kennisverbreding en –deling is aangesloten bij het Kennis- en Praktijknetwerk ‘Generalistisch werken’ van het Nederlands Jeugdinstituut. Vanuit de beschikbare literatuur is een theoretisch model (zie pag. 11-12) opgesteld voor een adequate inschatting van de benodigde zorg. In deze studie gaan we na of het model van toepassing is binnen een lokale gemeente. Het theoretisch model is expliciet voorgelegd aan de geïnterviewde professionals. De factoren zijn stuk voor stuk besproken en getoetst met hun ervaring en kennis vanuit de praktijk. Voor dit onderzoek zijn tien professioneel betrokken personen geïnterviewd. Allereerst is de gemeentelijke opdrachtgever geïnterviewd en vervolgens negen professionals, namelijk vier managers van Jz, twee professionals van Bjz en drie programmamanagers van het CJG. Tevens zijn 39 uitvoerend professionals geraadpleegd via focusgroepen. In totaal gaat het om tien focusgroepen: zes met 33 professionals van het CJG en twee met zes ambulante professionals van de Jz. Naast de focusgroepen met de professionals heeft er een focusgroep met twee CJG-vrijwilligers (ouders) plaatsgevonden en een focusgroep met zeven stagiaires (jongeren). Deze stagiaires lopen stage bij een ketenpartner en voeren diverse opdrachten uit in het kader van het CJG. Om naast het professionele en vrijwillige kader ook een idee te krijgen van de beleving van cliënten over het jeugdzorgstelsel, zijn twee jongeren geïnterviewd. Eén jongere maakt gebruik van de zorg van het CJG en de ander van de zorg van Jz. Hierdoor is een relatieve vergelijking mogelijk gemaakt tussen het huidige en het gewenste zorgstelsel zoals ervaren door de gemeente, professionals, vrijwilligers en de cliënt.

### *Analyse & Instrument*

De interviews en focusgroepen zijn middels een voice recorder opgenomen om er zeker van te zijn dat de juiste informatie voor het onderzoek uitgewerkt werd. De informatie uit de interviews en focusgroepen zijn middels NVivo 10 geanalyseerd en aan de hand van de topiclijst per onderwerp gebundeld. Dit maakte een adequate en betrouwbare vergelijking tussen de uitspraken van de participanten mogelijk.

Aan de hand van het theoretisch model zijn topiclijsten opgesteld (afgestemd op de betreffende doelgroep), die de rode draad in de interviews en de focusgroepen vormden. Op grond hiervan zijn gerichte vragen gesteld over de (verschillen) in zorg van het CJG en Jz en de reden voor de inschakeling van de specialist in 2012/2013. Ook is ingegaan op de huidige en gewenste samenwerking tussen de CJG'er en de specialist. Dit heeft geleid tot een volledige beantwoording van de onderzoeksvragen en een nieuw model voor de inschatting van de benodigde zorg (pag. 24). Dit model biedt de CJG'ers aanknopingspunten in het maken van een zorgvuldige beslissing en het inschatten van de noodzaak tot inschakeling van een specialist.

## **Resultaten**

*Waarin verschillen opgroei- en opvoedingsvraagstukken en de bijbehorende hulpverleningstrajecten binnen het CJG en Jz.?*

*Ernst problematiek van de gezinnen binnen het CJG*

Het CJG was volgens een CJG-Programmamanager (2013) in eerste instantie gericht op het oppakken van de lichte opgroei- en opvoedvraagstukken middels preventie, vroegsignalering en vroege interventie. Hiervoor zijn diverse teams opgericht, bestaande uit School-CJG-ers, CJG-coaches en CJG-begeleiders. De School-CJG'er werkt preventief en wijkgericht door actief aanwezig te zijn op de scholen (CJG-Professionals, & -Programmamanager, 2013). Vragen komen doorgaans bij deze CJG'er terecht, die in een aantal gesprekken de inschatting van de benodigde zorg maakt. De zorg die uiteindelijk ingezet wordt, is volgens de CJG'ers (2013) vooral afhankelijk van wat er het beste bij het gezin past en wat er in de rugzak van de CJG'ers zit qua kennis en competenties. In theorie richt de CJG-coach zich op de lichte, kortdurende vraagstukken en de –begeleider op de vraagstukken die om langdurige zorg vragen (CJG-Programmamanager, 2013).

Nu het CJG eenmaal op gang is gekomen, ziet de praktijkuitvoering van de functieprofielen er echter heel anders uit. Het preventief werken en het zich richten op de lichte, enkelvoudige vraagstukken – zoals het CJG in eerste instantie bedoeld was – daar komt enkel de School-CJG'er aan toe (CJG-Professionals, 2013). De meervoudige, complexe vragen komen bij de coaches en begeleiders terecht. Mede hierdoor is het onderscheid tussen de functies erg vertroebeld: beiden zijn langdurig (soms langer dan een jaar) bij het gezin betrokken. Een CJG-coach (2013) geeft zelfs aan

dat er nu heftigere zaken tussen zitten in vergelijking met de caseload die zij in haar tweedelijnsfunctie had. Dit is in haar ogen te verklaren doordat het CJG gezinnen bereikt die anders nooit boven water waren gekomen. Ook andere CJG'ers (2013) zien de ontwikkeling dat er steeds meer zware (gedwongen) zaken bij het CJG terecht komen. Een andere verklaring ligt echter ook bij de CJG-Professionals zelf. In het begin waren zij eerder geneigd om een vraag door te zetten (CJG-Professionals, & Programmamanager, 2013). Nu pakken zij de vraag eerder zelf op vanuit de verwachting dat zij deze anders toch teruggestuurd krijgen of omdat ze vanuit de eigen achtergrond ook over de benodigde expertise en competenties beschikken.

Onder de participanten bestaat nog veel onduidelijkheid over de inrichting en positionering van het CJG. Voor de CJG'ers (2013) is het niet duidelijk welke rol zij gaan vervullen in de toekomst. Zij richten zich momenteel voornamelijk op de zwaardere, complexe vraagstukken en vragen zich af of zij het juiste doen vanuit het CJG-gedachtegoed. Ook de Jz-Professionals (2013) geven aan weinig zicht te hebben op de vraagstukken die het CJG binnenkrijgt en de invulling die zij geven aan de hulpverleningstrajecten. Zij zijn voornamelijk op de hoogte van het wijkgerichte karakter en de inzet van het CJG op school. De stagiaires (2013) geven bovendien aan dat zij voor hun stage nog nooit van het CJG hadden gehoord. Nu nog steeds is voor hen niet duidelijk waar het CJG zich op richt. Een jongen (2013) zegt: *“We hebben echt geen idee, laat staan wat de rest van de gezinnen en jongeren denken”*. De twee cliëntenjongeren zijn het volledig met hen eens. Ook het verschil met de andere instellingen is niet helder. De stagiaires en de cliëntenjongeren (2013) plaatsen het CJG in hetzelfde hokje als Bjz: pas wanneer het echt heel slecht gaat, dan ga je daar naartoe. De stagiaires (2013) raden daarom aan meer te investeren in de naamsbekendheid en het imago van het CJG, bijvoorbeeld via de website of door korte voorlichtingen te geven op scholen. Ook de telefoondienst dient meer bekendheid en een vergelijkbaar karakter als de *Kindertelefoon* te krijgen, zodat iedereen het kent en weet waar het voor dient.

#### *Ernst problematiek van de gezinnen binnen Jz*

Volgens diverse Jz-managers en -professionals (2013) is binnen Jz de tendens te zien dat voornamelijk de zeer zware en complexe vraagstukken binnenkomen. Alles wat daar voor ligt, krijgen zij niet tot nauwelijks meer binnen. Deze worden volgens de professionals waarschijnlijk ondervangen door het CJG. Op het moment zien zij daardoor vooral multiprobleemgezinnen waar op meerdere leefgebieden iets speelt. Aspecten zoals vechtscheidingen, mishandeling, misbruik en alcohol- en drugsgebruik van ouders komen veelvuldig voor. In die zin ziet een Jz-manager (2013) ook een preventieve kant van Jz. Volgens haar is er een continuüm te zien: Jz is de volgende optie op de schaal en voorkomt dat gedwongen zorg nodig is (Jz-manager, 2013). Opvallend is dat de vraag naar zorg niet is afgenomen. Een Jz-manager (2013) ziet dit als een mogelijke achterstand die eerst weggewerkt dient te worden, waardoor pas op de langere termijn resultaten te zien zijn.

### *Vergelijking werkwijze CJG & Jz*

Wat betreft de vergelijking tussen het CJG en de Jz zijn de participanten het unaniem met elkaar eens dat het Jz meer methodisch werkt vanuit vooraf opgestelde doelen. Het CJG werkt sneller, meer flexibel (afhankelijk van wat er in de rugzak van de professional zit qua kennis en competenties) en wijkgericht. Ook het moment van afsluiting verschilt. Dit is bij Jz afhankelijk van de evaluatie van de doelen die aan de hand van de hulpvraag zijn opgesteld. Bij het CJG staat dit moment minder vast en is dit vooral afhankelijk van de zorgbehoefte en wens van het gezin of de jeugdige zelf. Bij beiden kunnen ouders na afronding van de zorg bellen, maar in principe betekent voor Jz afronding van de hulpverlening ook afsluiting van het contact. Hierbij is naar zeggen van een Jz-manager (2013) de ontwikkeling gaande dat geleidelijk aan doorverwezen wordt naar de School-CJG-er. De CJG-Professionals (2013) zien dit in de praktijk echter niet tot nauwelijks gebeuren. Opmerkelijk is dat de CJG-Professionals (2013) enerzijds van mening zijn dat er meer overlap bestaat tussen de zorg van beide partijen, maar uiteindelijk toch meer verschillen benoemen. Ook zijn de participanten niet op de hoogte van elkaars werkwijze en de vraagstukken die zij binnenkrijgen. Ze geven aan dat ze hierdoor ook niet tot nauwelijks gebruik maken van elkaars expertise; ter consultatie maar ook voor de inschakeling van de zorg. Dit komt volgens de professionals mede doordat Bz als schakel tussen de partijen zit.

### *Wanneer schakelt het CJG de specialist in?*

#### *De generalist & specialist*

De participanten zien de generalist als een professional met een brede blik die van alle domeinen een beetje kennis heeft, ondersteuning en begeleiding op meerdere gebieden biedt en weet waar welke zorg te halen valt. De professional werkt dichtbij de vindplaats en vanuit laagdrempelige activiteiten, zoals het maken van een wandeling. De specialist richt zich vanuit zijn kennis op één specifiek domein en werkt meer systematisch, methodisch en doelgericht met het gezin vanuit een bepaalde behandeling. Dit komt overeen met de theoretische beschrijving van de begrippen.

De CJG'er wordt door alle deelnemers absoluut gezien als een generalist. De CJG-Professionals (2013) vullen hierbij aan dat zij inderdaad generalistisch werken, maar wel ook per professional verschillende aandachtsgebieden hebben. De een is bijvoorbeeld meer vaardig en deskundig op het gebied van jonge kinderen dan de ander. Juist door deze variatie in expertise komen de professionals tot de juiste matches voor de gezinnen. Opvallend is dat alle participanten het lastig vinden om een specifieke rol aan de Jz-professional toe te schrijven. Volgens de meeste Jz-Professionals (2013) is dit ook niet zo zwart/wit te stellen en zijn zij als ambulante hulpverlener zowel generalist als specialist. Sommigen vinden zelfs dat dit onderscheid helemaal niet gemaakt moet worden. Het gaat volgens hen niet om de benaming die je er aan geeft, maar om wat je als professional qua expertise in huis hebt en dat je flexibel op verschillende situaties kunt inspelen. De CJG-

Professionals en –managers (2013) denken bij specialistische zorg dan ook eerder aan MEE, Novadic-Kentron of de GGZ waarbij duidelijk is waar de specifieke expertise ligt. Wat betreft de Jz hebben de CJG'ers onvoldoende zicht op de vragen die de Jz binnenkrijgt en de inhoud van de hulpverleningstrajecten om te beoordelen in hoeverre zij specialist zijn. Zij zien de Jz-Professionals ook eerder als 'generalistische specialisten' of 'specialistische generalisten'.

#### *Samenwerking generalist & specialist*

Ook betreffende de samenwerking tussen de CJG'er en de specialist bestaat grote onduidelijkheid onder de participanten. Opvallend is de enorme heterogeniteit in opvattingen van de CJG'ers (2013) betreffende wat vanuit het CJG-gedachtegoed van hen verwacht wordt in de samenwerking met de specialist. Sommigen geven aan dat het absoluut het streven is om na inschakeling van de specialist als CJG'er *los te laten*. Andere CJG'ers (2013) zien de meerwaarde juist ervan in om als CJG'er *naast de specialist te werken*, maar zijn van mening dat *dwang* hierbij *een absolute grens* is. Dit om de associatie met Bz te voorkomen. Het CJG dient vooral *laagdrempelig te blijven* en een vergelijkbaar karakter als de huisarts te hebben: iedereen kent het en iedereen weet dat je er met elke vraag terecht kunt (Gemeente, Jz-Professionals, & Stagiaires, 2013). De CJG'ers zijn daarom bang dat wanneer het CJG zich ook op de ondersteuning van dwang gaat richten, dit een groot spanningsveld creëert met het laagdrempelige, lichte karakter van het CJG. De Gemeente (2013) denkt hier anders over. Volgens haar wordt het werkveld van de CJG'er in de toekomst omvangrijker en zullen ook de zwaardere vragen bij het CJG terechtkomen, ongeacht of daarbij sprake is van specialistische hulp, drang of dwang.

Een ander noemenswaardig gegeven is dat de CJG-Professionals niet tot nauwelijks gebruik maken van de uiteenlopende expertises van de ketenpartners. Zij schakelen eerder met een CJG-collega (voornamelijk binnen het eigen team) dan met de specialist (CJG-Programmamanager). Alleen wanneer de lijntjes met de organisatie(s) al bestaan, bellen ze gemakkelijker op (CJG-Professionals, 2013). Vooral met Bz lijkt dit momenteel al het geval. Wanneer samenwerking met de specialist zich voordoet, richten de CJG'ers zich voornamelijk op de opvoed- en opgroeiaspecten. De rol die ze hierbij aannemen is volgens hen afhankelijk van wat het gezin – op basis van eigen kracht, wensen en de zwaarte van de problematiek – vraagt van de generalist en specialist. Het komt regelmatig voor dat de CJG'er ter ondersteuning met het gezin meegaat naar de specialist. Andersom gebeurt dit echter nog niet tot nauwelijks.

#### *Knelpunten samenwerking CJG'er & specialist*

Momenteel zitten er grote knelpunten in de samenwerking tussen de CJG'er en de specialist. Hierbij gaat het vooral om de beperkte doorzetmogelijkheden wegens wachtlijsten en de niet-beschikbaarheid van de specialist (Gemeente, CJG-Professionals, & Programmteam, 2013). De overbruggingsfunctie komt daardoor dikwijls bij de CJG'er te liggen (CJG-Professionals, 2013). Via



kleine middelen en tools trachten de CJG-Professionals dan het gezin in actie te houden. Zij kunnen echter niet de zorg bieden die op dat moment nodig is, wat volgens de professionals de kwaliteit van de zorg in het geding brengt. Een ander knelpunt is het *'mij- en jou-denken'* (CJG-Professionals, & Jz-manager, 2013). De ketenpartners ervaren zich niet tot onvoldoende als onderdeel van het CJG (CJG-Professionals, 2013). Opmerkelijk is dat de CJG-Professionals aangeven dat ze regelmatig professionals aan de telefoon krijgen die zelfs geen idee hebben van wat het CJG is en niet op de hoogte zijn van de samenwerking die er ligt. Hierdoor ontstaan er tegenstrijdige verwachtingen en botst de samenwerking dikwijls. Daarbij wijst het aanmeldteam van Bjz dikwijls een zaak terug vanuit de beredenering dat de vraag bij het CJG hoort (CJG-Professionals, & -Programmamanager, 2013). Een Bjz-professional (2013) beaamt dit en geeft aan dat dit waarschijnlijk gebeurt omdat de CJG'ers het na 2015 ook zelf moeten doen. Mede hierdoor en door de overbruggingsfunctie wordt de werkdruk van de CJG'ers verhoogd en loopt hun caseload vol (CJG-Programmamanager, 2013).

#### *Inschatting benodigde zorg*

De inschatting van de benodigde zorg wordt in eerste instantie door de School-CJG-er gemaakt (CJG-Professionals, 2013). Deze schat binnen twee tot vijf gesprekken in of de vraag door hem of haarzelf opgepakt wordt of dat deze doorgezet wordt naar de CJG-coach, –begeleider of direct naar de specialistische zorg. De School-CJG-ers (2013) geven aan dat ze hierbij rekening houden met de ingeschatte duur en intensiteit van de benodigde zorg, de zwaarte van de problematiek en de sociale context en mogelijkheden van het gezin. Per vraag wordt altijd samen met het gezin bekeken wat de gewenste en benodigde zorg is. Ook wordt de vraag dikwijls binnen het wijkteam besproken en wordt afgewogen of deze vanuit de deskundigheid binnen het team opgepakt kan worden. Opvallend is dat sommige CJG'ers (2013) aangeven dat ook de ruimte in de caseload een criterium voor doorschakeling is. Daarbij is het voor de CJG'ers niet helder of ze vanuit het CJG-gedachtegoed alle vraagstukken oppakken of dat zij meervoudige, complexe vragen direct moeten doorzetten (CJG-Professionals, 2013). Ook de inschatting wanneer wel of niet de inschakeling van een specialist vereist is, vormt voor hen een dilemma. Ze missen hierin *duidelijke richtlijnen*, of in ieder geval *globale kaders* vanuit het CJG.

Op het moment is voor de CJG'ers een Topteam van gedragswetenschappers beschikbaar, die zij ter advisering kunnen consulteren. Er wordt echter niet tot nauwelijks van deze mogelijkheid gebruik gemaakt (CJG-Professionals, & -Programmateam, 2013). De CJG'ers zoeken voor advisering hun collega's binnen het wijkteam op die beschikken over de benodigde expertise. Met hen liggen de lijntjes al, die in de ogen van de CJG'ers (2013) met het Topteam ontbreken. Ook volgens een Programmamanager (2013) staat het Topteam nog teveel aan de zijlijn van het CJG. Een nieuwe vormgeving van het Topteam is volgens de manager daarom een vereiste, waarbij zij dichter bij de wijkteams aansluiten en een wezenlijk onderdeel van het CJG worden.

### *Instrument inschatting zorgbehoefte*

Bij de bevraging van de participanten op de inschatting van de benodigde zorg is de meerderheid tegen het verplichte gebruik van een screeningsinstrument zoals STEP. Dit strookt echter met het gegeven dat de participanten worstelen met het beslismoment betreffende de inzet van specialistische zorg. Zij ervaren het instrument voornamelijk als een adequaat hulpmiddel voor de CJG'er om samen met een collega, leidinggevende of gedragswetenschapper het instrument in te vullen en vanuit hier de inschatting van de benodigde zorg te maken. Dit houdt de professional scherp en biedt een systematische wijze om alle leefdomeinen in kaart te brengen. Ook vormt het in de toekomst een mogelijk instrument om samen met de specialist het scharnierpunt in redelijke mate hard te maken (Jz-manager, & CJG-Programmamanager, 2013). Bij Bjz zijn de professionals bekend met het instrument STEP. Zij maken hier echter geen gebruik van. Dit is volgens een Bjz-professional (2013) niet werkzaam vanwege de diversiteit en onvoorspelbare zorgzwaarte van iedere zaak. Ze maken gebruik van een lijst aan de hand waarvan de persoon doelgericht bevraagd wordt op regio, leeftijd, IQ, problematiek en hulpverleningsgeschiedenis.

### *Theoretisch model*

Betreffende de inschatting van de benodigde zorg is het theoretische model aan de geïnterviewde participanten voorgelegd. De respondenten herkennen de factoren en zien terug dat hier in de screening rekening mee wordt gehouden. *Cultuur* wordt als aanvulling genoemd, wanneer het gaat om een taalbarrière of hevige verschillen in waarden en normen (Jz-manager, 2013). Ook *vechtscheidingen* maken de vraag ingewikkelder, evenals een *onveilige ontwikkeling van het kind* (Jz-manager, & Bjz-professional, 2013). Een Jz-manager (2013) merkt dat deze zaken vanuit het CJG sneller doorkomen en dat is volgens haar terecht. Ook *draagkracht* speelt hierbij mee: hoe beter men in staat is om ergens mee om te gaan, hoe minder zwaar het wordt ervaren (Bjz-professional, 2013). De ervaren kwaliteit van leven vormt dikwijls een valkuil voor de professional. De vraag is of het lukt om de eigen normen en waarden los te laten en een eerlijke inschatting te maken wanneer de opvoeding goed genoeg is (Jz-manager, & Gemeente, 2013). De factoren van zorgvuldig beslissen spelen volgens de participanten hierbij een essentiële rol.

Volgens het Programmteam (2013) vormt het *cyclisch en gestructureerd beslissen* een groot knelpunt binnen het CJG. Doordat de methodieken en termijnen zijn losgelaten, is het doelgericht en gestructureerd werken op de achtergrond geraakt. Veel CJG-Professionals lopen daardoor vast of dreigen vast te lopen. Dit kan voorkomen worden via *reflectie en signalering* in een eerder stadium. Ook mogen de CJG-Professionals meer standvastigheid krijgen in de vormgeving van het 1Gezin1Plan-principe (Programmamanager, 2013). De CJG'ers dienen de regie in de hand te nemen en te voorkomen dat deze door een andere organisatie wordt overgenomen. Dit vraagt om de juiste *steun en facilitering* vanuit het Programmteam. Wat betreft de categorieën van generalistisch werken (Nji, 2013) zien meerdere participanten geen verschil in de rol van de generalist en de specialist

betreffende de tweede en derde categorie. Ook bij multiprobleemgezinnen kan de CJG'er volgens de professionals de rol vervullen van coach.

#### *Reden inschakeling specialist*

Eerder kwam naar voren dat de CJG'ers met zeer uiteenlopende – van lichte tot zeer zware – vraagstukken aan de slag gaan. Volgens de CJG'ers (2013) kan in principe ook iedere zaak binnen het CJG opgepakt worden, zolang de beweging naar preventie en de stimulering van de eigen kracht mogelijk is en de vraag middels het generalisme opgepakt kan worden. Vanuit dit principe worden zeer weinig zaken direct door de School-CJG-er verwezen naar de specialist (CJG-Professionals, 2013). Hierbij is het nodig om te herkennen en erkennen hoe ver de eigen deskundigheid reikt en wanneer schakeling met een specialist een vereiste is (CJG-Professionals, & -Programmamanager, 2013). Zoals eerder genoemd stellen veel CJG'ers (2013) een harde grens bij dwang. De overige participanten zijn het hier niet mee eens. Volgens hen vervullen de CJG'ers juist bij dwang een waardevolle rol in de verlichting van de zorg en het behouden van de ingang bij het gezin.

Als een zorgaspect om een specialist vraagt, dan dient deze volgens de participanten ook ingeschakeld te worden. De voornaamste reden voor de inschakeling van de specialist is volgens de CJG-Professionals en -managers (2013) zware psychiatrische en/of psychologische problematiek waarbij een specifieke behandeling of nader onderzoek nodig is. De overige redenen voor de inschakeling van de specialist zijn in tabel 4 (pag. 20) weergegeven. Deze worden door de CJG'ers altijd in afweging genomen in combinatie met de factoren in de rechterkolom. Wanneer een gezin bijvoorbeeld beschikt over een stevig verantwoordelijkheidsgevoel en sociaal netwerk is inschakeling van de specialist minder snel nodig (CJG-Professionals, BJz-Professionals, Jz-managers, & Programmamanagers, 2013).

Tabel 4.

*Reden inschakeling specialist volgens de CJG-Professionals (n=33) in het jaar 2012-2013.*

Reden inschakeling specialist	Voorspellende factoren
Psychologische problematiek;	- Draagkracht en –last gezin;
Psychiatrische problematiek;	- Vraag en wens van gezin/jeugdige en betrokkenen;
Verslavingsproblematiek;	- Ouder-kindrelatie;
Dwang en drang;	- Zwaarte en complexiteit
Verstandelijke beperking kind en/of ouders;	problematiek (hoe heftiger, hoe
Delinquentie jeugdige;	groter de kans op inschakeling
Indicatie noodzaak;	specialist);
Gebrek aan ruimte in de caseload;	- Motivatie, leerbaarheid en
Gebrek aan deskundigheid;	verantwoordelijkheidsgevoel
Stagnatie en/of achteruitgang van de gezinssituatie;	ouders/jeugdige;
Waarborging veiligheid kind;	- Mogelijkheden & stevigheid
Specifieke behandelingen (therapieën, medicatie, training, etc.);	sociale netwerk;
Complexe specialistische problematiek op meerdere leefgebieden;	- Beleving van het probleem door
(Vermoedens van) Mishandeling, huiselijk geweld en/of misbruik;	ouders/jeugdige.
Verwachting noodzaak langdurige, intensieve en specifieke hulp.	

Bij het voorleggen van de casussen worden vanuit de deelnemers zeer heterogene reacties gegeven. Ook hier is de sterke onduidelijkheid over de positionering en werkwijze van het CJG terug te zien. Zo geven de CJG'ers zelf uiteenlopende inschattingen van de benodigde zorg voor de situatie in de eerste casus (naar de tweede categorie generalistisch werken volgens NJi, 2012). Sommigen zien geen reden voor de schakeling met de specialist, terwijl anderen direct meerdere specialisten inschakelen. Meerdere Jz-Professionals, -managers en een Bjz-professional (2013) schakelen eerder met de specialist wanneer er sprake is van problematiek op meerdere leefgebieden. Dit strookt met de eerder genoemde definiëring van de generalist, die zich juist op alle gezinsdomeinen richt. De meerderheid van de overige participanten ziet een rol voor de CJG'er als coach van het gezin, die zich richt op het gezinsfunctioneren en de versterking van het sociale netwerk en indien nodig met de specialistische zorg schakelt. Dit kunnen meerdere specialisten zijn, die zich ieder op een apart domein richten. Volgens diverse CJG-Professionals (2013) is het streven om hooguit één specialist bij een gezin in te schakelen in de praktijk niet haalbaar. Het komt geregeld voor dat verschillende domeinen in een gezin om de inzet van een specifieke specialist vragen, zoals de psychiater en psycholoog.

Ook bij de tweede casus (derde categorie NJi, 2013) komen de reacties van de participanten niet met elkaar overeen. De deelnemers zijn het grotendeels met elkaar eens dat bij een stevig netwerk, medewerking van de ouders en een veilige ontwikkeling van de kinderen, de situatie door de CJG'er opgepakt kan worden. De meningen over de rol van de CJG'er hierin en de noodzaak tot de inschakeling van de specialist lopen echter enorm uiteen. Sommige participanten zien nog geen rol

voor de specialist, anderen schakelen direct met één of meerdere specialisten en weer anderen schakelen de situatie geheel door naar de specialist.

*Wat is de gewenste samenwerking tussen de CJG'er en de specialist?*

#### *Gewenste samenwerking generalist & specialist*

Volgens de meerderheid van de participanten is de ideale situatie een generalist (de CJG'er) die van begin tot eind bij het gezin betrokken is en indien nodig een specialist laat in- en uitvliegen. Deze staan als *pool* om de generalisten heen en zijn altijd direct inzetbaar. Bij het gezin dient maximaal één generalist betrokken te zijn als vast aanspreekpunt en vertrouwenspersoon voor het gezin (Gemeente, 2013). Mocht de klik tussen professional en gezin ontbreken, dan moet verandering van hulpverlener mogelijk zijn. De generalist bepaald voor welk domein inschakeling van een specialist nodig is. Dit kunnen daarom naar de visie van de Gemeente (2013) ook meerdere specialisten zijn, zolang deze tijdig en tijdelijk bij het gezin betrokken zijn. In het geval van een wachtlijst kan de specialist helpen om de gezinssituatie te stabiliseren door het aanbieden van specifieke handvatten aan de generalist (CJG-professional, 2013). De generalist en de specialist kunnen volgens de participanten sowieso veel van elkaar leren en elkaar scherp houden gedurende het hulpverleningsproces.

De brede inzetbaarheid qua kennis en competenties en het maken van een juiste en snelle inschatting van de benodigde zorg, vraagt veel van de generalist (Programmamanager, 2013). Dit is volgens de CJG-Professionals en de Gemeente (2013) lastig in één professional te integreren. De Gemeente (2013) legt daarom de toekomstige focus op het generalistische team, dat samen (in redelijkheid) alle expertise in huis heeft. Hier zijn professionals voor nodig met breed uiteenlopende expertises, die in elk geval de meest voorkomende vragen kunnen oppakken. Alleen voor de extreem zware psychiatrische en verstandelijke problematiek is volgens de Gemeente dan nog specialistische inschakeling nodig. Een Jz-manager (2013) geeft als kritiek punt dat wanneer je het CJG gaat inzetten voor de zware problematiek, het een verschuiving wordt van de tweedelijnszorg. Hetzelfde systeem wordt dan door iemand anders uitgevoerd, maar in de basis verandert er volgens haar niets. Daarom dient preventie en bekrachtiging van het sociale netwerk niet uit het oog verloren te worden. De School-CJG-er en de CJG-vrijwilligers spelen hierin een essentiële rol, evenals in de bevordering van dialoog en het oplossen van de lichte problematiek (CJG-vrijwilligers, & -programmamanager, 2013).

De CJG-vrijwilligers stellen dat idealiter professionals en vrijwilligers elkaar ondersteunen en van elkaar leren vanuit een nauwe samenwerking. Momenteel vindt deze samenwerking echter niet tot nauwelijks plaats (CJG-vrijwilligers, & CJG-Programmamanager, 2013). De vrijwilligers geven aan dat hier nog veel winst in te halen valt. Vanuit de flexibele en intensieve tijd die zij met het gezin doorbrengen, kunnen zij juist ook in de verruiming van de *span of control* van de professional en de signalering van risico's een waardevolle bijdrage leveren. Zij wijzen op het idee van de tandem. De

ouders houden altijd de regie en zitten voorop. De vrijwilligers sturen wanneer nodig bij (achterop) en zorgen voor de activering van de eigen kracht en het sociale netwerk. Wanneer nodig schakelen zij de professional in (achter in de aanhangwagen). Bij specifieke, zware zorgvragen houdt de taak van de vrijwilligers volgens de Gemeente (2013) dan ook echt op.

#### *Realisering gewenste samenwerking generalist & specialist*

Volgens de participanten moet er veel veranderen om de ideale samenwerking tussen de generalist en de specialist te realiseren. De belangrijkste knelpunten die opgeheven moeten worden, zijn de wachtlijsten en de schotten tussen financiering en organisaties (CJG-cliënt, -professionals, & -programmamanager, 2013). Geld en concurrentie spelen zo geen rol meer en gezinnen komen hierdoor zo snel als mogelijk vanuit een vraag op de juiste plek terecht. Daarbij moeten organisaties in aansluiting en afstemming op elkaar werken vanuit dezelfde visie en richtlijnen. Het genoemde ‘mij en jou-denken’ werkt hierbij tegen: het moet ‘ons-denken’ worden waarbij veelvuldig gebruik wordt gemaakt van elkaars expertise (CJG-Professionals, & Jz-manager, 2013). *“De eilandjes moeten dichter bij elkaar gaan drijven, zodat van eiland naar eiland gehopt kan worden”* (Jz-professional, 2013). Directe korte lijnen, bekendheid en verdieping in elkaars werkwijze en regelmatig contact dragen hier aan bij (BJz-Professionals, CJG-Professionals, Programmamanager, Jz-Professionals, & Jz-managers, 2013). Ook is het nodig dat de organisaties met het CJG de beweging mee naar voren maken, in plaats van star op de oude werkwijze te blijven hangen (Programmamanager, & Bjz-professional, 2013). Hierbij dienen concrete afspraken te worden gemaakt over de rollen van de generalist en specialist binnen het gezin (Gemeente, CJG-Professionals, Jz-Professionals, Programmamanager, & Bjz-professional, 2013).

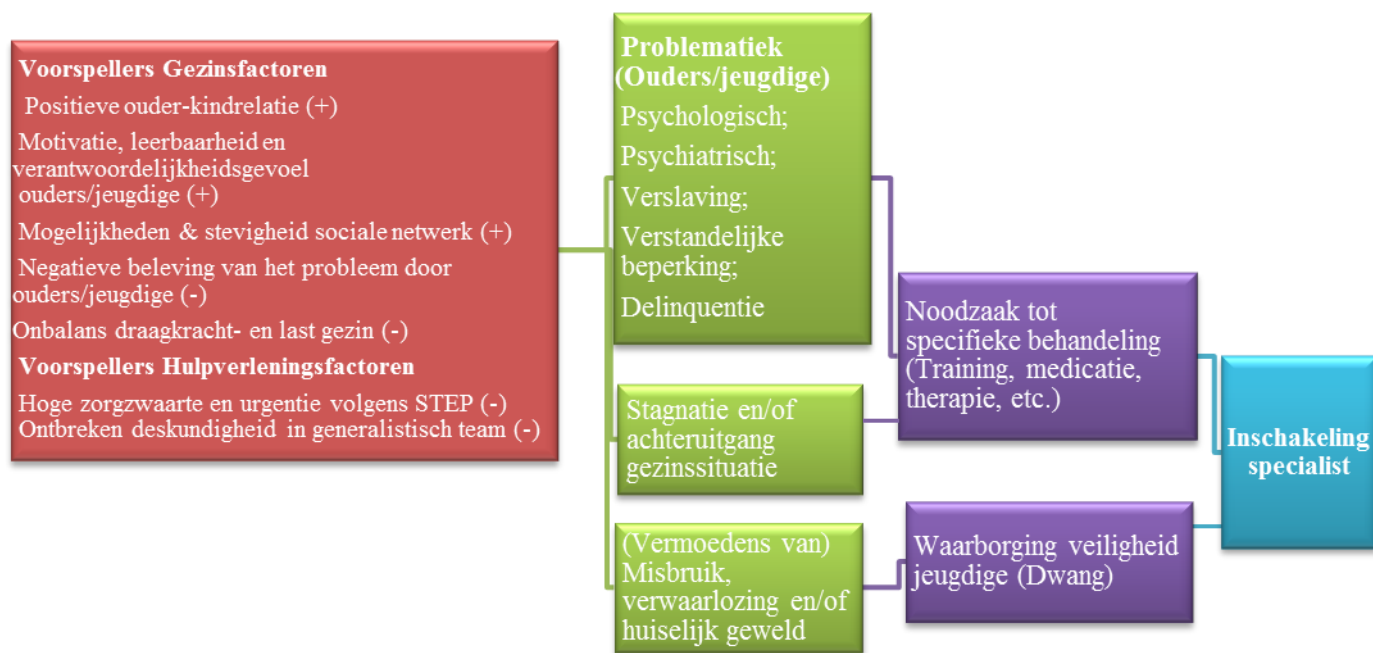
Om ervoor te zorgen dat de specialist kortdurend in het gezin betrokken is, dienen de perverse prikkels om zware zorg te leveren vervangen te worden door positieve prikkels voor kortdurende zorg, zo stelt de Gemeente (2013). De generalist moet daarbij als coach van het gezin meer mandaat en bevoegdheden krijgen om te bepalen dat een specialist nodig is en deze dan ook, wanneer dat nodig is, zelf in kunnen schakelen (Gemeente, & Programmamanager, 2013). Het gezin dient in elk geval geen last te hebben van de wijze waarop het systeem geregeld is (Gemeente, & CJG-vrijwilligers, & stagiaires, 2013). Het CJG ontwikkelt zich hierbij door, waarbij er mogelijk meerdere professionals bij de wijkteams aansluiten (Gemeente, & Programmamanager, 2013). Deze doorontwikkeling en herinrichting vraagt om een aanpassing in de CJG-functieprofielen. De School-CJG-er dient daarbij te beschikken over een brede, kritische blik en ruime ervaring en expertise op diverse gebieden om zo te komen tot een juiste zorginschatting (Programmamanager, 2013). De preventieve taak wordt van de School-CJG-ers en vrijwilligers uitgebreid naar het gehele wijkteam, vooral ook naar de coaches. Van de begeleiders, eventueel in aanvulling met een BegeleiderPlus, wordt om een tweedelijns achtergrond en expertise gevraagd, zodat zij de complexe, intensieve zorg op zich nemen.

### *Realisering zorgvuldig beslissen*

Om zorgvuldig de juiste keuze voor zorg te maken is het volgens de CJG-Professionals (2013) nodig dat er vanuit het CJG globale richtlijnen en kaders komen. Zij willen weten wat de toekomstplannen zijn voor het CJG en op welke vraagstukken zij zich gaan richten. Ook de inrichting van het schakelpunt tussen generalistisch en specialistisch werken is voor hen onduidelijk. De CJG-Professionals en het Programmteam (2013) zijn het met de Gemeente eens dat vanaf 2015 vanuit het CJG alle vraagstukken opgepakt worden. Hierbij is een globale begrenzing nodig betreffende de noodzaak tot inzet van specialistische zorg. Zonder een bepaalde grens ontstaat er verwarring in de positionering van de CJG'ers en de inschatting van het schakelpunt (Stagiaires, CJG-Professionals, Bjz-professional, & Jz-Professionals, 2013). Het is dan aan de professional zelf om de grens te signaleren, herkennen en erkennen en cyclisch met zichzelf, het gezin en collega's te spiegelen of zij nog op de goede weg zitten (CJG-Programmamanager, 2013). Het streven dient hierbij altijd te zijn om zo snel als mogelijk de juiste beslissing voor zorg te maken, rekening houdend met de gehele context (CJG-Professionals, Jz-Professionals, Programmteam, & Jz-managers, 2013). Alle keuzes dienen in elk geval gemaakt te worden met het gezin samen. Het is volgens de meeste participanten (2013) noodzakelijk dat dit gedurende het gehele proces bij de volledige caseload gebeurt en dat de CJG'ers elkaar scherp houden. Hier dient tijd voor vrij gemaakt te worden, evenals het zien van elkaar om te sparren en overleggen.

Daarbij is het noodzakelijk om als professional eerlijk te kijken wanneer het gezin weer verder kan – zonder de eigen subjectieve en normatieve kaders op te leggen – (CJG-vrijwilligers, & Gemeente, 2013), maar ook kritisch te zijn wanneer specialistische zorg een vereiste is (CJG-Professionals, & Bjz-professional, 2013). Daarbij dient volgens een CJG-Programmamanager (2013) de vraag gesteld te worden of professionele inzet überhaupt nodig is en wat de rol en het doel van de professional is: het opbouwen van het netwerk of het ondersteunen van het gezin. Nu wordt door de CJG-Professionals vooral het laatste gedaan. Bij twijfel kan samen met een collega of gedragswetenschapper een instrument als inventarisatielijst (zoals STEP) ingevuld worden. Een Bjz-professional (2013) raadt ten slotte samen met haar collega structurele intervisie aan, met ondersteuning van een externe professional. Dat kan iedere keer vanuit een andere organisatie zijn. Zo wordt ervoor gezorgd dat er vanuit een verschillend denk- en werkkader naar de praktijk wordt gekeken. Bovendien leren de professionals op deze wijze veel van elkaar en wordt het generalistisch werken verder ontwikkeld.

## Model Besluitvorming Inschakeling Specialist (BIS)



### Zorgvuldig belissen:

In dialoog met en afgestemd op de wens van gezinnen & jeugdigen

Doelgericht, gestructureerd, cyclisch & transparant

Integrale blik (kind-, gezins- & omgevingsfactoren) & aanpak (1gezin1plan)

Adequaat toegeruste professionals met: Adequate kennis (opvoedingsvragen, -risico's en -problemen), oog voor de veiligheid van de jeugdige; een kritische, juiste afweging zorgbehoefte (mogelijkheden eigen kracht & sociaal netwerk gezin vs. professionele zorg) en met actuele kennis over effectieve interventies.

Konijn, et al., 2009; Van Yperen, et al., 2010; Van Yperen, Van Berg, & Eijgenraam, 2002; Van der Zijden, & Kooijman, 2013.

Het BIS-Model (Besluitvorming Inschakeling Specialist) is gebaseerd op de literatuur, het theoretische model en de redenen en afhankelijke factoren volgens de participanten voor de inschakeling van de specialist. Het biedt de CJG'ers aangrijpingspunten in het maken van een zorgvuldige beslissing van de benodigde zorg en de noodzaak tot inschakeling van de specialist. Deze inschatting vindt volgens dit model altijd plaats in transparantie en dialoog met het gezin en/of de jeugdige (Van der Zijden, & Kooijman, 2013). Dit dient niet alleen aan de start van het hulpverleningsproces te gebeuren, maar ook doelgericht, meermalig en gestructureerd tijdens het traject. Kritische reflectie vanuit een integrale blik vormt hierbij een cyclisch (vast en terugkomend) onderdeel van de zorg, waarbij steeds opnieuw door de CJG'er de zorgbehoefte van het gezin wordt bekeken.

Aan de hand van de voorspellende factoren schat de CJG'er in of de inzet van specialistische zorg überhaupt nodig is en wat de mogelijkheden van het gezin en de sociale omgeving zelf zijn. Deze zijn onder te verdelen in gezins- en hulpverleningsfactoren, links in het model weergegeven.



Bevorderende factoren, zoals een stevig sociaal netwerk en verantwoordelijkheidsgevoel van het gezin of de jeugdige, kunnen de inschakeling van de specialist onnodig maken. Belemmerende factoren, zoals gebrek aan expertise in het generalistische team en een sterke onbalans in de draagkracht en –last van het gezin, maken inschakeling van specialistische zorg eerder nodig. Redenen voor de inschakeling van de specialist zijn delinquent gedrag, een verstandelijke beperking of psychologische, psychiatrische en/of verslavingsproblematiek van de ouder en/of de jeugdige. Betreffende deze problematiek kan de inzet van een specifieke behandeling noodzakelijk zijn. Ook wanneer de CJG'er een stagnatie of achteruitgang in de gezinssituatie signaleert, kan het nodig zijn om een specifiekere training of behandeling in te zetten passend bij de wens en behoefte van het gezin. Dit maakt de inzet van een specialist tevens noodzakelijk.

## **Discussie**

De stelselwijziging in Nederland vraagt om betrokken generalisten: professionals die naast de gezinnen en jeugdigen staan en een vertrouwensrelatie met hen opbouwen (Berger, et al., 2013). Deze generalisten schakelen indien nodig met zogenoemde specialisten. De vraag is echter wanneer dit vereist is en wat de toekomstige rol van de CJG'er hierin is. Via interviews en focusgroepen met professionals, vrijwilligers, stagiaires en cliëntenjongeren is gekomen tot concrete aanknopingspunten voor de samenwerking tussen de CJG'er en de specialist, die ook voor andere gemeentes in Nederland van waarde kunnen zijn. Ook wordt een model voor de besluitvorming van inschakeling van de specialist aangeboden.

### *Vergelijking werkwijze van het CJG & Jz*

Wat betreft de vergelijking tussen het CJG en Jz is het opvallend dat de professionals zeer weinig inzicht hebben in elkaars werkwijze, terwijl het Jz als ketenpartner een onderdeel vormt van het CJG. Volgens de participanten onderscheid Jz zich vooral in het werken vanuit een indicatiestelling aan vooraf opgestelde doelen via specifieke interventies. Dit gebeurt binnen een beperkt aantal contactmomenten. Het CJG richt zich in tegenstelling tot Jz ook op de lichte, enkelvoudige vraagstukken vanuit een preventieve, wijkgerichte en flexibele werkwijze. Dit komt overeen met het CJG-gedachtegoed volgens de literatuur, alleen is het CJG zich net zoals Jz tevens gaan richten op de meervoudige, complexe vraagstukken.

### *Reden inschakeling specialist*

De CJG-Professionals krijgen regelmatig heftige, gedwongen zaken binnen, wat zowel volgens de participanten als de literatuur strookt met het laagdrempelige karakter van het CJG (NJI, 2010). Zeer weinig zaken worden dan ook door de School-CJG-er direct naar de specialistische zorg doorverwezen, vanuit de optiek dat 'bijna' iedere vraag binnen het CJG opgepakt kan worden. Betreffende het aspect dwang bestaat er enorme heterogeniteit tussen de deelnemers onderling. De

Gemeente en sommige CJG-Programmamanagers (2013) zijn van mening dat het CJG alle vraagstukken oppakt, ongeacht of daarbij sprake is van drang of dwang. Andere participanten zijn weer van mening dat dit absoluut buiten de kaders van het CJG gehouden dient te worden, omdat er anders een spanningsveld met het laagdrempelige karakter ontstaat. Nader onderzoek over dit spanningsveld (zoveel mogelijk) te voorkomen is daarom aan te bevelen.

De voornaamste reden volgens de CJG-Professionals en -managers (2013) voor de inschakeling van de specialist is zware psychiatrische en/of psychologische problematiek waarbij een specifieke behandeling of nader onderzoek nodig is. De overige redenen voor de inschakeling van de specialist worden in tabel 4 (pag. 20) weergegeven. Deze worden door de CJG'ers altijd in afweging genomen met de voorspellende factoren van de benodigde zorg. Wanneer een gezin bijvoorbeeld beschikt over een stevig verantwoordelijkheidsgevoel en sociaal netwerk, is inschakeling van de specialist minder snel nodig (CJG-Professionals, BJz-Professionals, Jz-managers, & Programmamanagers, 2013). Doorschakeling wegens de behoefte aan medicamenteuze of diagnostische zorg is dan ook nooit een reden voor specialistische inschakeling op zich (Hirsch, et al.). De tabel komt eerder overeen met het gedachtegoed van Bot, et al. (2013), die een grens trekken bij ernstige kind- en opvoedproblematiek: de tien procent gezinnen met de zwaarste problematiek. Hierbij gaat het voornamelijk om gezinnen met dusdanige problemen dat de kans groot is dat zij er zelf niet uitkomen en er ernstige bedreigingen ontstaan voor de ontwikkeling van het kind.

#### *Gewenste samenwerking tussen de CJG'er & de specialist*

De gewenste situatie is volgens de grove meerderheid van de participanten de CJG'er die als generalist van het begin tot het einde bij het gezin betrokken is. Deze vormt het centrale aanspreekpunt en bepaald welke specialisten er wanneer in- en uitvliegen. Er dient volgens de Gemeente (2013) uiteindelijk één generalist daadwerkelijk bij het gezin betrokken te zijn. Deze kan meerdere specialisten inschakelen, zolang dit een tijdig en tijdelijk karakter heeft (zo kortdurend mogelijk maar zo lang als nodig). Wat betreft de realisering van deze samenwerking zijn volgens de literatuur en participanten korte lijnen en concrete afspraken tussen de instanties nodig, waarbij gebruik wordt gemaakt van elkaars expertise. Ook dienen zij in afstemming en aansluiting op elkaar te werken vanuit dezelfde visie en richtlijnen ('we-denken'), waarbij bekendheid en verdieping in elkaars werkwijze en veelvuldig contact essentieel zijn. De belangrijkste knelpunten die volgens de participanten opgeheven dienen te worden zijn de wachtlijsten, de schotten tussen financiering en organisaties en de niet-beschikbaarheid van de specialist. Ook bij het CJG zelf ligt een knelpunt: menigmaal wordt een zaak te lang vastgehouden en de samenwerking met de specialist wordt niet tot onvoldoende opgezocht. Het BIS-Model voorkomt dit en stimuleert de consultatie en samenwerking tussen de CJG'er en de specialist.

#### *C(oach) J(eugd) & G(ezin)*

De verschuiving van het schakelpunt tussen generalistisch en specialistisch werken vraagt om een herinrichting van de positionering en werkwijze van het CJG. Na 2015 wordt vanuit de Gemeente en het Programmteam (2013) van de CJG'er verwacht dat deze alle vraagstukken oppakt, ongeacht de zwaarte of complexiteit van de problematiek. Dit vraagt volgens de participanten niet om een generalist, maar om een generalistisch team dat samen (in redelijke mate) alle expertise in huis heeft. Vanuit deze uiteenlopende expertises dienen zij naar de visie van de Gemeente (2013) in elk geval de meest voorkomende vragen op te pakken. Dit komt tevens tegemoet aan het aspect van zorgvuldig beslissen volgens Van der Zijden en Kooijman (2013), die de nadruk leggen op bekwaame professionals met kennis van veelvoorkomende opvoedingsvragen-, risico's en problemen. De invoering van verplichte en structurele registratie is daarom dringend aan te bevelen voor het CJG. Van hieruit wordt duidelijk wat deze vragen zijn, wat de benodigde expertise is en waar het onderscheid tussen generalistische en specialistische zorg ligt.

De toekomstige herinrichting van het CJG vraagt ook om een herinrichting van de functieprofielen. De School-CJG-ers nemen samen met de CJG-vrijwilligers een essentiële rol in betreffende de preventie, vroegsignalering en het oppakken van de lichte, kortdurende vraagstukken. Gezien de vertroebeling tussen de CJG-functies en de behoefte (zowel vanuit de literatuur als de praktijk) aan één betrokken gezinscoach, is het aan te bevelen om de functies van coach en begeleider samen te voegen tot één CJG-coach. PLUScoaches met een specialistische achtergrond kunnen aan de wijkteams toegevoegd worden, zodat de meest voorkomende problematiek in elk geval binnen het generalistische team opgepakt worden.

### *Richtlijnen & kaders*

Een opvallend en steeds terugkomend gegeven uit het onderzoek is de grote onduidelijkheid onder de participanten over de toekomstige inrichting en positionering van het CJG. Niet alleen voor de Jz-, & Bz-Professionals, maar opmerkelijk ook voor de CJG'ers zelf is onduidelijk welke vraagstukken onder de zorg van het CJG vallen en wat de precieze rol van de CJG'er hierin is. Dit is mede terug te zien in de enorme heterogeniteit in de reacties van de participanten op de aangeboden casussen. Het is dan ook voor te stellen dat wanneer het zorgstelsel voor de professionals niet helder is, dit tevens geldt voor de gezinnen en jeugdigen binnen de gemeente. Zoals een stagiair (2013) mooi stelt: *“Als wij het al niet weten, laat staan wat de rest van de gezinnen en jeugdigen denken”*. Dit strookt met het CJG-gedachtegoed zoals deze vanuit de literatuur wordt aangegeven; laagdrempelig en dichtbij de vindplaats waar gezinnen en jeugdigen gemakkelijk terecht kunnen met hun opvoed- en opgroevragen. Imagoverbetering en bevordering van de naamsbekendheid van het CJG is daarom nodig, zodat een vergelijkbaar karakter met de huisarts ontstaat: laagdrempelig, algemeen bekend en duidelijk waar het voor dient. Opvallend is bovendien dat alleen de School-CJG-ers zich bezighouden met deze lichte vraagstukken, terwijl de overige CJG'ers volstromen met zware, complexe en zelfs gedwongen zaken. Het is daarom voor de Gemeente en het CJG-Programmteam aan te bevelen om

globale kaders en richtlijnen op te stellen betreffende de toekomstige inrichting en positionering van het CJG. Deze dienen niet alleen voor de CJG-Professionals helder gemaakt te worden, maar juist ook voor de ketenpartners en de gezinnen en jeugdigen.

### *Zorgvuldig beslissen*

Vanuit de literatuur blijkt bovendien dat de CJG'er als generalist in staat dient te zijn om risicofactoren, zoals een psychiatrische aandoening of een onveilige situatie, vroegtijdig in te schatten om op grond hiervan de noodzaak tot inschakeling van gespecialiseerde zorg in te schatten (Rouvoet, & Ballin, 2010). Uit het onderzoek blijkt echter dat de CJG'ers dit meestal alleen aan het begin van het proces doen, waardoor zij dikwijls te laat signaleren dat zij vastlopen met het gezin of dat de situatie zelfs verslechterd is. Kritische, gestructureerde en vooral ook cyclische reflectie vormt daarom een dringende aanbeveling. Samen met collega's en wanneer nodig met specialisten dient door de CJG'er gedurende het gehele proces kritisch naar de volledige caseload te worden gekeken. Hier dient tijd voor vrij gemaakt te worden, evenals het zien van elkaar om te sparren en overleggen. Ook structurele intervisie met ondersteuning van een externe professional is aan te bevelen. Hierdoor worden de CJG'ers scherp gehouden betreffende de zorgbehoefte van het gezin. Dan gaat het niet alleen om de noodzaak tot de inschakeling van de specialist, maar ook om de vraag of professionele inzet überhaupt nodig is, wanneer de opvoeding goed genoeg is en wat vrijwilligers en de sociale omgeving van het gezin hierin kunnen betekenen. Uit het onderzoek blijkt dat deze vrijwilligers en het sociale netwerk nog veelvuldig door de CJG'ers over het hoofd worden gezien, terwijl zij juist de basis vormen vanuit het CJG-gedachtegoed en de reductie van de specialistische inzet (De Winter, 2011). Aan de hand van de literatuur- en praktijkresultaten is daarom gekomen tot het BIS-model (Besluitvorming Inschakeling Specialist) voor de inschatting van de benodigde zorg (zie pag. 24). Het biedt de CJG'ers aangrijpingspunten in het maken van een zorgvuldige beslissing van de benodigde zorg en de noodzaak tot inschakeling van de specialist.

### *Sterke & zwakke kanten van het onderzoek*

Wegens de beperkte wetenschappelijke literatuur zijn de conclusies van het onderzoek grotendeels gebaseerd op de meningen van de participanten. Mening en realiteit zijn daardoor lastig uit elkaar te halen. Wat betreft de verschillen tussen het CJG en Jz is het daarom aan te bevelen om ouders en jeugdigen, die gebruik hebben gemaakt of maken van één of beide partijen, op hun ervaringen te bevragen. Betreffende de aanbevelingen voor de inrichting van het generalistisch en specialistisch werken is de betrouwbaarheid steviger gewaarborgd. De reacties van de participanten, uiteenlopend in functie en organisatie, zijn sterk homogeen waardoor deze eerder als waar te bestempelen zijn. Om de kans op sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk te voorkomen, werd bovendien bij aanvang van het interview en de focusgroep de anonimiteit van het onderzoek benadrukt. Bovendien was de respons van de participanten op het onderzoek hoog, vooral vanuit het

CJG. De professionals gaven aan graag aan het onderzoek mee te werken vanwege het actuele en relevante karakter. Verder vormt de vergelijking tussen uiteenlopende bronnen (literatuur, professionals, vrijwilligers, stagiaires en cliënten) een sterk punt van het onderzoek. De onderzoeksresultaten bieden bovendien nieuwe aanknopingspunten voor de wetenschap in de samenwerking tussen de CJG'er en de specialist en het maken van een zorgvuldige beslissing van de benodigde zorg via het BIS-model. Dit voorkomt het onnodig of te laat inschakelen van de specialist en zorgt ervoor dat het gezin of de jeugdige tijdig de juiste zorg krijgt.

Kortom: De toekomst vraagt om een nieuwe CJG'er, een *Coach Jeugd & Gezin*, die – in ondersteuning van het BIS-Model, een generalistisch team, inzetbare specialisten en niet te vergeten de pedagogische *civil society* – ervoor zorgt dat gezinnen en jeugdigen de zorg krijgen die zij nodig hebben: adequaat, snel en op maat!

### Literatuur

Bakker, I., Bakker, C., Dijke, A. Van, & Terpstra, L. (1998). O&O in perspectief. NIZW: Utrecht.

Berendsen, A.J., Jong, G.M., De, Schuling, J., Bosveld, H.E.P., Waal, M.W.M., de, Mitchell, G.K., ...

Meyboom-de Jong, B. (2010). Patient's need for choice and information across the interface between primary and secondary care: A Survey. *Patient Education and Counseling*, 79, 100-105. doi:10.1016/j.pec.2009.07.032

Berendsen, A.J., Groerier, K.H., De Jong, G.M., Meyboom-De Jong, B., Van der Veen, W.J.Dekker, J., De Waal, M.W.M., & Schuling, J. (2009). Assessment of patient's experiences across the interface between primary and secondary care: Consumer Quality Index Continuum of Care. (References). *Patient Education and Counseling*, 77, 123-127

Berger, M., Blaauw, E., & Leeuwen, M. Van. (2013). Generalistisch werken rondom jeugd en gezin. Een analyse van ontwikkelingen, taken en competenties. In samenwerking met kennis- en praktijknetwerk 'Generalistisch werken rondom jeugd en gezin' en 'Beslissen over hulp'. Nederlands Jeugdinstuut: Utrecht

Berg-le Clercq, T., Bosscher, N., & Vink, C. (2012). Jeugdzorg in Europa versie 2.0. Een update en uitbreiding van het rapport uit 2009 over jeugdzorgstelsels in een aantal West-Europese landen. Nederlands Jeugdinstuut: Utrecht. Geraadpleegd op 12-02-2013 van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/46/179.html>

- Bot, S., Roos, S., De, Sadiraj, K., Keuzenkamp, S., Broek, A., Van Den, & Kleijnen, E. (2013).  
Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik.  
Sociaal Cultureel Planbureau: Den Haag. Geraadpleegd op 05-02-2013 van  
[http://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2013/Terecht\\_in\\_de\\_jeugdzorg](http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2013/Terecht_in_de_jeugdzorg)
- Brown, J.D., Riley, A.W., & Wissow, L.S. (2007). Identification of youth psychosocial problems during pediatric primary care visits. *Administration and Policy in Mental Health Services Research, 34*, 269-281. doi:10.1007/s10488-006-0106-7
- Burnett-Zeigler, I., Walton, M.A., Ilgen, M., Barry, K.L., Chermack, S.T., Zucker, R.A., ... Blow, F.C. (2012). Prevalence and correlates of mental health problems and treatment among adolescents seen in primary care. *Journal of Adolescent Health, 50*, 559-564
- Eigenraam, K., Yperen, T. Van, Pijll, M. Van Der, Lekkerkerker, L., Post, F., & Graaf, M. De. (2008). Interbeoordelaarbetrouwbaarheid Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP). Nederlands Jeugdinstuut: Utrecht
- Gask, L., Sibbald, B., & Creed, F. (1997). Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *The British Journal of Psychiatry, 170*, 6-11.  
doi:10.1192/bjp.170.1.6
- Gemeente. (2010). Jong@Breda. Beleidskader Jeugd en Onderwijs 2011-2014. Geraadpleegd op 23-10-2012 van <http://www.breda.nl/gemeente/notas/jongbredabeleidskader-jeugd-onderwijs> 2011-2014
- Hirsch, O., Trager, S., Bosner, S., Ilhan, M., Becker, A., Baum, E., & Donner-Banzhoff, N. (2012). Referral from primary to secondary care in Germany: Developing a taxonomy based on cluster analysis. *Scandinavian Journal of Public Health, 40*, 571-578
- Hoelijmakers, M. (2012). Centra voor Jeugd en Gezin en eerstelijnszorg. Handreiking voor gemeenten. Programmaministerie Jeugd en Gezin & Vereniging van Nederlandse Gemeenten. ETC  
Tangram: Leusden.
- Jenkins, R., & Strathdee, G. (2000). The integration of mental health care with primary care. *International Journal of Law and Psychiatry, 23*, 277-291

- Knapp, P.K., & Foy, J.M. (2012). Integrating mental health care into pediatric primary care settings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*, 982-984.  
doi:10.1016/j.jaac.2012.07.009
- Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Wilde, E.J., De, & Eijgenraam, K. (2009). Ontwikkeling van en onderzoek naar het Classificatiesysteem Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J). Eindrapport. Nederlands Jeugdinstituut: Utrecht.
- Kvamme, O.J., Olesen, F., & Samuelsson, M. (2001). Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP). *Quality in Health Care, 10*, 33-39
- Ministerie van VWS, & Directie Jeugd. (2012). Samen sterk voor jonge kinderen met ontwikkelingsproblemen. Een handreiking voor gemeenten: mogelijkheden voor effectieve samenwerking tussen de Centra voor Jeugd en Gezin en de netwerken Integrale Vroeghulp. Geraadpleegd op 23-01-2013 van  
<http://www.ggdkennisnet.nl/thema/centra-jeugd-gezin/publicaties/publicatie/4925>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2012). Generalistisch werken rondom jeugd en gezin. Geraadpleegd op 08-03-2013 van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/45/437.html>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2012). Highlights conceptwetsvoorstel Jeugdwet juli 2012. Utrecht. Geraadpleegd op 23-10-2012 van <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=103050>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2012). Praktijkvoorbeelden transitie jeugdzorg. Geraadpleegd op 12-02-2013 van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/46/553.html>
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2012). Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg. Den Haag. Geraadpleegd op 12-02-2013 van  
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/05/01/rapport-ontzorgen-en-normaliseren-naar-een-sterke-eerstelijns-jeugd-en-gezinszorg.html>
- Rooijen, K., & Bartelink, C. (2010). Gebruik van instrumenten in de praktijk. Nederlands Jeugdinstituut: Utrecht. Geraadpleegd op 12-03-2012 van  
[http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Gebruik\\_van\\_instrumenten.pdf](http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Gebruik_van_instrumenten.pdf)

- Rouvoet, A., & Ballin, H. (2010). Perspectief voor jeugd en gezin. Geraadpleegd op 23-10-2012 van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/31/071.html>
- Saxena, S., Jané-Llopis, E., & Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5, 5–14.
- Scholte, M, Sprinkhuizen, A., & Zuithof, M. (2012). *De generalist: de sociale professional aan de basis*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Sociaal Cultureel Planbureau. (2009). Factsheet Behoefte aan opvoedingsondersteuning. E-quality. Geraadpleegd op 05-02-2013 op <http://www.e-quality.nl/behoeft-opvoedingsondersteuning/>
- Sociaal Cultureel Planbureau. (2005). Vroegtijdige signalering van problemen bij 0-12 jarigen. Sociaal Cultureel Planbureau, TNO Kwaliteit van Leven, & Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Geraadpleegd op 05-02-2013 van [http://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2005/Vroegtijdige\\_signalering\\_van\\_problemen\\_bij\\_0\\_12\\_jarigen](http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2005/Vroegtijdige_signalering_van_problemen_bij_0_12_jarigen)
- Stevens, J., Pommer, E., Kempen, H. van, Zeijl, E., Woittiez, I., Sadiraj, K., ... Keuzenkamp, S. (2009). De jeugd een zorg. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg 2007. Sociaal Cultureel Planbureau: Den Haag.
- Stuiveling, S.J., & Van Schoten, E.M.A. (2012). Centra voor Jeugd en Gezin in gemeenten. Een samenwerkingsproject met gemeentelijke rekenkamers. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Algemene rekenkamer, Den Haag.
- Stultjens, E., & Blanken, M. (2009). En profile. Patronen in het beroep op de jeugdzorg 2009. Pon: Tilburg. Geraadpleegd op 15-02-2013 van <http://adlib.movisie.nl/acquisitions.aspx?action=detail&database=ChoiceAcquisitions&preref=34692&id=>
- Taliaferro, L.A., & Borowsky, I.W. (2012). Beyond prevention: Promoting healthy youth development in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*, 42, 117-121.
- Veldhuijzen Van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. & Teeven, F. (2011). Beleidsbrief ‘Geen kind buiten spel’. Geraadpleegd op 23-02-2012 van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/11/09/beleidsbrief-stelselwijziging-jeugd-geen-kind-buiten-spel.html>



- Winter, M. de (2011). *Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding. Vanachter de voordeur naar democratie en verbinding*. Amsterdam: SWP
- Yperen, T. Van, Berg, G. Van den, & Eijgenraam, K. Van den. (2002). Project 'Registratie ernst van de problematiek'. Eerste deelrapport: begrippen, doelen en instrumenten. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Yperen, T. Dan, Berg, G. Van den, Eijgenraam, K., & Graaf, M. De., (2006). (QUICK)STEP Standaard Taxatie Ernst Problematiek. Handleiding 2006. Nederlands Jeugdinstituut: Utrecht
- Yperen, T. Van, Eijgenraam, K., Berg, G. Van Den, Graaf, M. de & C. Chènevert (2010). STEP Standaard Taxatie Ernst Problematiek : handleiding 2010. Utrecht : Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden op: [www.nji.nl](http://www.nji.nl)
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). Kinderen in Nederland. Sociaal Cultureel Planbureau. Geraadpleegd op 12-02-2013 van [http://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2005/Kinderen\\_in\\_Nederland](http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2005/Kinderen_in_Nederland)
- Zijden, Q. Van der, & Kooijman, K. (2013). Beslissen over hulp: Wat werkt bij besluitvorming en wat betekent dat voor de inrichting van de toegang door gemeenten? In samenwerking met Kennis- en Praktijknetwerk 'Beslissen over hulp'. Nederlands Jeugdinstituut: Utrecht